

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1970

N° 12

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

CERBELLE Jacques

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

né le 10 Janvier 1944 à TOURS (Indre-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le

JUIN 1970

**Analyses des tentatives de suicide
admises dans un centre de réanimation**

(A propos de 357 observations relevées en 1969 au Centre de Réanimation d'Angers)

Président : Monsieur le Professeur MÉNARD

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1970

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

CERBELLE Jacques

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

né le 10 Janvier 1944 à TOURS (Indre-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le

**Analyses des tentatives de suicide
admises dans un centre de réanimation**

(A propos de 357 observations relevées en 1969 au Centre de Réanimation d'Angers)

Président : Monsieur le Professeur MÉNARD

FACULTE MIXTE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE d'ANGERS

Doyen Honoraire : Professeur ROUCHY
Professeurs Honoraires : MM. DAVID, ROUSSEAU, AMSLER

Le Président du Conseil Transitoire :
Mr J.C. RENIER

L'Assesseur :
Mr H. GERMAIN

I - PROFESSEURS

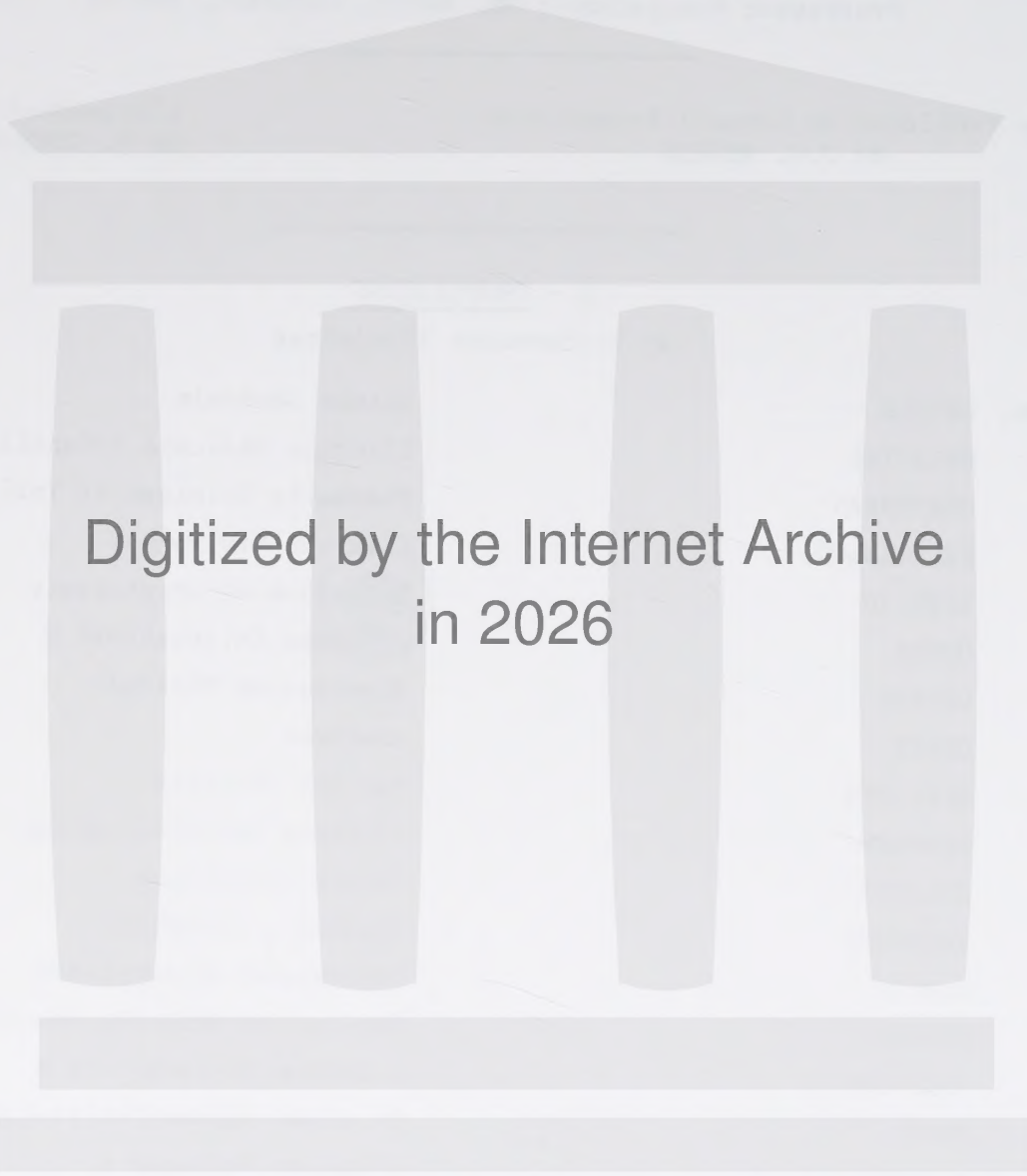
a) Professeurs Titulaires

MM. COTTIN	Chimie Générale
DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
DESJOBERT	Pharmacie Chimique et Toxicologie
FRESSINAUD	Clinique Médicale B
GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
GOYER	Clinique Chirurgicale B
GUERIN	Biophysique Médicale
GUNTZ	Anatomie
HERISSET	Matière Médicale
HERMANN	Clinique Ophtalmologique
JOLIVET	Chimie Analytique
LAFARGUE	Pharmacie Galénique
MARTIN	Pathologie chirurgicale
MENARD	Hygiène et Médecine Sociale
NAULLEAU	Clinique Chirurgicale A
OURY	Clinique Pneumo-Phtisiologique
PERREAU	Clinique Médicale A
RENIER	Clinique Rhumatologique
ROUCHY	Clinique Obstétricale et Gynécologique
SIMARD	Anatomie Pathologique

b) Professeur titulaire à titre Personnel

HOCQUET

Parasitologie



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545907_0018

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PARSY	O.R.L.
PERTUS	Urologie
ROGNON	Chirurgie Générale

III - AGREGES

MM. GODLEWSKI	Neurologie et Psychiatrie
TESTARD	Pédiatrie
THUAU	Pathologie Médicale

IV - MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. ALLAIN	Pharmacologie
AUGEREAU	Pharmacodynamie
BAILLY	Physique
BONNIOT	Clinique Médicale B
CAVELLAT	Anesthésie-Réanimation
Mme CAVELLAT	Anesthésie-Réanimation
MM. CARON	Electroradiologie
COULLAUD	Physiologie
EMILE	Neurologie
FRESNEAU	Médecine Générale et Thérapeutique
GIRAULT	Biochimie Médicale
GROSIEUX	Clinique Gynécologie et Obstétricale
HUREZ	Immunologie - Hématologie
HUYGHUES-DESPOINTES	Biochimie Médicale
JOUBAUD	Médecine Générale et Expérimentale
LARGET-PIET	Pédiatrie génétique
PILLET	Anatomie
PILLOT	Bactériologie
PLANE	Chirurgie Générale
Mlle PRELOT	Zoologie
Mlle QUERO	Microbiologie
Mme SCHNITZLER	Dermatologie-Vénéréologie
M. TADEI	Thérapeutique

Secrétaire de la Faculté Mr R. MAILLEU

Conservateur de la Bibliothèque de l'Université Mme GALKOWSKI

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la
Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

A MES PARENTS,

A MON FRERE ET A MA SOEUR

En témoignage de mon affection

A Monsieur le Professeur MENARD
Professeur dans la Chaire d'Hygiène et
de Médecine Sociale
Médecin des Hôpitaux

En remerciement pour le très grand
honneur qu'il nous a fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de
notre profond respect.

A Monsieur le Professeur H Y

Maître de Conférences

Agrégé de Dermato vénérologie

Médecin des Hôpitaux

En témoignage du respect que

nous lui portons,

A Monsieur le Professeur FRESSINAUD
Professeur de la Clinique Médicale B
Médecin des Hôpitaux

Nous le remercions d'avoir bien
voulu juger notre travail et
lui exprimons notre déférente
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur JOUBAUD
Maître de Conférences
Agrégé de Médecine Générale et Expérimentale
Médecin des Hôpitaux

En témoignage du respect que
nous lui portons.

A Monsieur le Docteur BONHOMME
Chargé de cours dans la chaire de Thérapeutique
Médecin des Hôpitaux
Chef du Service de Réanimation

Accueilli chaleureusement dans son
service, nous avons pu réaliser cette
thèse.

Nous lui exprimons notre profonde
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur VALTON
Délégué dans les fonctions de Maître de Conférences
Chargé du Service de la Chaire de Médecine Légale

Il nous a inspiré le sujet de cette
Thèse et guidé dans sa réalisation.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur COLMIN
Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Il nous a accueilli avec bienveillance dans son service.

Qu'il trouve ici l'expression de
notre gratitude.

P L A N G E N E R A L

	Pages
I - INTRODUCTION	1 à 24
II - INTERET DE L'ETUDE	25 et 26
III - DELIMITATION DU SUJET	27 à 30
IV - ANALYSE DES TENTATIVES SUICIDAIRES	31 à 53
en fonction des facteurs d'environnement	54 à 62
V - ETUDE DU MODE SUICIDAIRE	63 à 65
VI - REFLEXIONS SUR LA PROPHYLAXIE DU SUICIDE	66 à 69
VII - CONCLUSIONS	70 à 74
VIII - BIBLIOGRAPHIE	

"Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine
d'être vécue, c'est répondre à la question
fondamentale de la philosophie. Il n'y a
qu'un problème philosophique vraiment sérieux :
C'est le suicide "

Albert CAMUS

I N T R O D U C T I O N

Le suicide par sa fréquence est un fait social de la vie actuelle.

L'aspect spectaculaire, inspire les journaux, en fonction de l'importance du personnage, les écrivains s'en emparent pour leurs romans, enfin le cinéma et le théâtre l'utilisent comme thème, ou bien comme issue pour leurs personnages ce qui permet de mesurer l'importance de ce phénomène.

Le terme de suicide est employé pour la première fois par l'Abbé DESFONTAINES en 1737. Ce terme est ensuite repris par VOLTAIRE et HELVETIUS, et figure dans le dictionnaire de l'Académie de 1762.

Ethymologiquement, il s'agit du meurtre de soi-même (sui coedere), c'est-à-dire l'acte par lequel un individu met volontairement fin à sa propre existence.

Pour DESHAIES, le suicide consiste en "l'acte de se tuer d'une manière consciente, en prenant la mort comme moyen ou comme fin".

Par contre, du point de vue médico-légal, le suicide est caractérisé par deux éléments concomitants :

- d'abord l'intention délibérée de se donner la mort
- d'autre part, la relation de cause à effet entre le geste suicidaire et la mort.

Mais la diversité des conceptions du suicide est infinie. Tantôt, il est considéré comme l'acte d'un homme libre, ou bien alors comme un acte de lâcheté, et une faute vis-à-vis de la dignité humaine, et ce seul argument a justifié pendant longtemps le refus des obsèques religieuses dans la religion catholique.

La société romaine le considérait comme une faveur accordée à certains condamnés à mort, mais par contre, en Angleterre, il fut longtemps considéré comme un délit, en France ce n'est pas un délit mais toutefois la complicité constitue un délit (article 63 du Code Pénal).

Au cours des années, plusieurs thèses du suicide se sont affrontées :

Il s agit d abord de .

- LA THESE PSYCHIATRIQUE

émise par ESQUIROL en 1838, et qui se réfère à la fréquence des suicidants en pathologie mentale fait du suicide, la manifestation d'un

déséquilibre mental : "Je crois avoir démontré, écrit ESQUIROL, que l'homme n'attende à ses jours, que lorsqu'il est dans le délire, et que les suicidés sont des aliénés".

Ultérieurement, DURKHEIM publie :

- LA THESE SOCIOLOGIQUE

du suicide, qui paraît en 1897, et qui à partir d'une statistique, affirme que le suicide est la manifestation d'un conditionnement d'ensembles, c'est-à-dire des intrications d'influences

- . Sociales
- . Familiales
- . et religieuses, raciales, ethniques.

Complètement opposée à la thèse psychiatrique, cette thèse sociologique envisage avant tout le "fait suicide" et l'analyse en tant que "phénomène de masse" et en tant que "fait social", les facteurs individuels n'ayant plus qu'un rôle secondaire.

Pour DURKHEIM, ce qui caractérise le suicide, "Ce n'est pas l'intention de se tuer qui est inconnaissable mais la connaissance des conséquences de l'acte".

Et il donne du suicide cette définition : "Toute mort qui résulte immédiatement ou médiatement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle même, et qu'elle savait devoir produire ce résultat".

HALBWACHS modifie légèrement cette théorie et écrit que pour lui, le suicide est : "tout cas de mort qui résulte d'un acte accompli par la victime elle-même, avec intention ou envie de se tuer, et qui n'est pas un sacrifice".

D'ailleurs, le suicide est épidémique, après les guerres, on se suicide davantage et, notons actuellement la fréquence des suicides d'imitation (précipitation du haut de la Tour Eiffel, suicides par le feu ...)

Enfin, DESHAIES élabore en 1947

- LA THEORIE PSYCHOLOGIQUE DU SUICIDE

qui représente la synthèse des deux théories précédentes, et c'est d'ailleurs, cette dernière qui est généralement admise, actuellement par la majorité des auteurs, et G. DESHAIES écrit : "en face du suicidant, le Médecin ne doit pas être sûr à l'avance qu'il s'agit d'un psychopathe".

La thèse psychologique met en avant, la fragilité psychologique du malade, sans pour autant qu'il soit un aliéné et l'influence stressante de l'environnement dont il se dégage par cet acte personnel.

Actuellement, tous les auteurs notent une nette progression du suicide dans le monde

L'importance des suicides varie selon les pays, et, d'après FERRE, entre 1921 et 1925, pour 100.000 habitants ; c'est en Allemagne qu'il y eut le plus fort pourcentage de 3,44 et, en Europe, il y eut des pourcentages de 2,29 en France, et 1,35 en Belgique, de 1,02 en Angleterre, de 0,57 en Espagne et de 0,35 en Irlande.

c

c

c

En 1965, en France, on relevait officiellement le chiffre de 7156 suicides, se répartissant en :

- 5.383 suicides de sujets de sexe masculin, et
1.849 suicides de femmes.

Et les départements les plus touchés se révèlent par leurs pourcentages :

Les Côtes du Nord : 28,4
L'Eure et Loir . 24,9
Le Loir et Cher ; 24,2

Les taux les plus faibles se retrouvent dans :

. La Lozère , 4,9
. La Corse , 5,7

Le Maine et Loire ayant un taux moyen de 16,8 pour 100.000 habitants

Mais il est très difficile de faire un recensement exact des suicides car la discrétion de l'entourage, du Médecin et des services de Police pour qui le suicide éteint l'action pénale.

Par ailleurs, un suicide peut être maquillé en accident, de même un accident ou même un meurtre peut être déguisé en suicide.

Mais les tentatives de suicides, c'est-à-dire les actes aboutissant à un échec, que SCHNEIDER P.B. définit en 1954 comme "suicides ratés quelle qu'en soit la raison : moyen inefficace, intervention d'un tiers, efficacité du traitement..." augmentent régulièrement chaque année, et certains auteurs évaluent entre 40 et 50.000 tentatives annuelles en FRANCE, ce qui est énorme, toutefois il y a quand même des variations annuelles.

L'attitude thérapeutique que l'on doit avoir vis-à-vis d'un suicidant est essentiellement différente selon qu'il s'agit ou non d'un psychopathe, ce qui nous incite à étudier à part ce que l'on appelle le suicide pathologique, nous nous référons au plan de HEY.

L'idée de suicide peut survenir dans des conditions psychiques variées, mais il s'agit avant tout :

- de troubles affectifs de ton dépressif et anxieux.
- d'obnubilation de la conscience avec altération de l'activité intellectuelle et anxiété paroxystique,
- de tout un ensemble d'idées et de croyances délirantes vis-à-vis desquelles elles constituent une réaction.

Le suicide qu'il soit normal ou pathologique exprime une pulsion qui émane des sources primitives de l'instinct, c'est ce que FREUD a appelé l'instinct de mort. Il convient d'envisager successivement :

A - LE RAPTUS REFLEXE

Ce sont des réactions brutales paroxystiques et automatiques plus ou moins inconscientes et amnésiques réalisant comme le dit EY, une fringale d'anéantissement. Elles appartiennent aux impulsions motrices pures.

1 - Le Raptus suicide de la mélancolie stuporeuse et anxieuse

est également appelé raptus pantophobique : soudain le malade se lève et se jette par la fenêtre ou se noie.

Il survient plus fréquemment à la période dite "queue de mélancolie" ou au cours d'état crépusculaire anxieux.

2 - Le Raptus suicide de la démence précoce

réalise fréquemment de brusques impulsions suicidaires ; mais il peut aussi réagir par réaction automatique stéréotypées. Tel est le cas du malade qui se entaille le thorax avec des croûtes de pain et finit par atteindre son but.

On voit aussi souvent de brusques décharges auto-agressives de caractère épileptiforme. Il peut également réagir à une suggestion.

3 - Chez l'Épileptique

Le raptus réflexe prend un caractère de vertigineuse frénésie et l'on a pu dire que l'épileptique, court à sa mort. Ceci étant le fait d'états confuso-oniriques, post-épileptiques.

Les tentatives de suicide surviennent soit dans des états d'automatisme comitial inconscient et amnésique, soit au cours d'impulsion consciente.

MARCHAND et AJURIAGUERRA ont entre autre, insisté sur le rôle, d'états hallucinatoires post-paroxystiques et d'états dépressifs réactionnels à la maladie.

Les émotions intenses peuvent amener au suicide, comme ce fut le cas pour un soldat qui, au cours d'une mitrailleuse eut une telle peur qu'il se tua.

4 - Dans l'encéphalite léthargique

On a décrit également des raptus impulsifs de caractère auto-destructif, il arrive même que ces tentatives surviennent au cours de spasmes oculogyres.

5 - Chez l'éthylique

D'après DESHAIES, 10 % des suicidants atteints de troubles mentaux sont alcooliques, et 20 % des alcooliques avaient tenté de se tuer.

Confus, halluciné, agité, l'éthylique se précipite parfois dans la mort pour lui échapper.

6 - Dans la mélancolie

Dans cette affection il faut noter qu'il y a en dehors du raptus, des cas plus fréquents, où le désir de la mort qui est devenu une forme d'organisation de la conscience mélancolique, obsède le malade.

Cet état de fait engendre alors de nombreuses tentatives suicidaires et bien souvent, le malade arrive ainsi à la consommation de son acte.

7 - Chez les déments séniles

la déchéance entraîne une angoisse qui, jointe au délire mélancolique, provoque un tumulte émotionnel qui réalise par là une espèce de vertige, au cours duquel ils se précipitent vers la mort.

8 - Chez le paralytique général

la réaction suicide est par contre habituellement rare, elle survient surtout au début de l'affection prenant souvent une teinte particulière, tel est le cas noté par le Docteur FELLION de ce suicidant, paralytique général qui fit ainsi précéder son suicide d'une impressionnante et déconcertante mise en scène (il avait disposé des cierges, tout autour d'un cercueil dans lequel il s'enferma pour tenter de se suicider).

9 - Dans les états confuso-oniriques

le suicide est aussi très fréquent car cette conscience onirique vit le drame intensément et joue avec la mort.

10 - Les formes dépressives et anxieuses de l'alcoolisme aigu

ne sont pas rares et la réaction suicide y est fréquente.

11 - Les confus, les déments

ont aussi quelquefois des réactions suicide ayant la valeur d'actes impulsifs incoercibles et absurdes. On en rapproche les suicides des arriérés profonds et idiots.

B - LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES PAR TROUBLES INSTINCTIVO-AFFECTIFS, A BASE d'ANXIETE

Ce sont des conduites secondaires à l'organisation défectueuse de la conscience traversée par des courants affectifs de type anxieux. Ici, l'idée de suicide émerge d'un état émotionnel intense lié dans la conscience douloureuse à des synthèses idéomotrices complexes telles que l'onirisme, les idées délirantes mélancoliques, les sentiments dépressifs, les sentiments de catastrophe imminente et le désespoir. Le suicide est ici secondaire il peut être dissimulé avec une ruse qui, compte tenu de l'inhibition, est parfois déconcertante. On sait combien il faut se méfier des mélancolies dites souriantes.

Les manifestations bruyantes et parfois ostentatoires de l'anxiété peuvent les amener à de dérisoires tentatives de suicide qui cependant n'en viennent pas moins d'un authentique désir de mort.

- pour le mélancolique tout est bon pour se donner la mort
- deux cas particuliers sont à signaler dans le cadre de la mélancolie ; ce sont le suicide élargi
le refus d'aliment

Ce dernier type satisfaisant à la fois le désir de mourir et le besoin d'inaction du mélancolique.

1 - DANS LA SCHIZOPHRENIE

Les réactions anxieuses et les propulsions au suicide surviennent lors d'expériences délirantes d'influence, hypocondriaques ou de persécution.

Le fond d'indifférence, la régression narcissique, l'impulsivité centrifuge de ces malades parvenus à l'état d'organisation artistique, s'accrochent mal aux réactions suicides. Et pourtant, celles-ci expriment la discordance entre les pulsions profondes et l'indifférence superficielle de la conscience morbide.

2 - DANS LES DESEQUILIBRES ET LES NEVROSES

Si l'on pense que toute névrose comporte une composante anxieuse, il est normal que la jonction de celle-ci et des tendances masochistes naisse l'idée de suicide

- chez les pervers, dont la composante sadique prédispose au chantage, le suicide peut être la solution d'une situation devenue inextricable par suite du manque d'adaptation.
- dans la névrose hystérique, le suicide affecte la forme théâtrale, mais on peut avoir de vraies tentatives de suicides et mêmes des suicides, puisque comme le dit DESHAIES :
"la contrefaction de la maladie ne se trouve-t-elle pas déjà sur la voie de la contre faction de la mort".

D'après MOREL, les obsessions-impulsions au suicide n'aboutissent jamais à la mort. Cependant, il est arrivé que des obsédés du suicide se tuent.

La tentative est l'aboutissement d'un conflit auquel l'obsédé met fin ou tente de mettre fin par la mort.

L'obsédé va même jusqu'à l'homicide pour se faire tuer par justice, livrant ainsi son véritable tourment : sa soif de condamnation à mort.

C - LES REACTIONS SUICIDES DELIRANTES

C'est-à-dire les cas où les suicides sont en relation directe avec les idées délirantes.

- S'IL S'AGIT DE DELIRE PARANOÏDE

le suicide se charge souvent de signification éthico-religieuse ou de la signification obscure d'un mythe cosmique. C'est dans ces cas que l'on rencontre les suicides et mutilations étranges,

scaevolisme, oedipisme, castration, ignition, crucifiction, extération.

DANS LES DELIRES CHRONIQUES SYSTEMATISES

le suicide peut être une réaction de défense pour échapper aux persécuteurs ; ce serait rare d'après REGIS, de même que chez les revendicateurs. Il peut cependant prendre la valeur d'une provocation, d'une vengeance, d'un châtiment dirigé contre autrui et au travers de sa propre personne (il s'agit alors d'holocauste, de fuite, de vengeance).

Notons l'aspect particulier des conduites délirantes par l'intoxication, et notamment par hallucinogènes, le suicide venant le plus souvent compléter un meurtre.

D - LES DIFFERENTS TYPES PSYCHOLOGIQUES DU SUICIDE

Que le suicide soit un comportement morbide, cela ne lui enlève pas sa valeur psychologique et inversement l'analyse psychologique d'un suicide ne lui enlève pas sa valeur pathologique. A ce titre, nous croyons bon avec DESHAIES d'analyser les différents types psychologiques du suicide

D'abord, considérons .

1 LE SUICIDE AUTOMATIQUE

C'est-à-dire spontané ou involontaire, peut ou non être

conscient. Il réalise dans les cas conscients une impulsions consciente contre laquelle il est impossible de lutter. Ces suicides relèvent plus spécialement du domaine morbide.

Ensuite, il faut noter :

2 - LE SUICIDE EMOTIF

survient à la suite de réactions émotives intenses (telle celle du soldat se tuant lors d'un marmitage).

Ces deux types de suicides sont caractérisés par le mode de déclenchement, l'acuité, l'impulsivité et l'irréflexion de l'acte et survenant le plus souvent sur un fond passionnel.

Enfin, il faut en rapprocher :

3 - LE SUICIDE PASSIONNEL

La passion étant selon la définition de LAGACHE "l'expérience vécue d'un but apprécié comme seul désirable", peut amener à de nombreux suicides qui bien que trouvant une obtusion de la conscience, ne peuvent relever de la pathologie ?

4 - QUANT AU SUICIDE RATIONNEL

Il sera l'acte lucide, réfléchi, raisonné et raisonnable, exprimant pour le sujet et pour autrui une conduite adéquate à une si-

tuation donnée, comprise telle qu'elle est réellement et en ce sens différent du suicide "logique tel que peut l'être celui du délirant".

Ce sont les suicides de Socrate, Senèque et Petrone ou plus près de nous de Paul Lafargues qui ne voulaient risquer de vivre avec des capacités diminuées par la vieillesse.

Ce suicide atteste de la volonté de l'homme de prévoir et de dominer l'évènement comme si le seul acte libre de la vie d'un homme était celui par lequel il meurt. Se tuer peut aussi être s'attacher à la vie et accéder à la liberté suprême au point où l'affirmation de la vie devient sa propre négation.

En opposition, pourrait-on dire se situent les équivalents suicidaires.

Ces actes surtout d'aspect surtout négatif, revêtent parfois un caractère symbolique, exprimant consciemment ou inconsciemment une réelle propension au suicide. Ce sont les auto-mutilations, certaines anomalies de conduite, certains accidents. Exceptées les auto-mutilations de nature magico-religieuse ou utilitaires (telles celles de l'index droit exécutée dans le but d'éviter le service militaire ou pour toucher une prime d'assurance), elles appartiennent aux conduites psychopathiques, scoevolisme, oedipisme etc.

Parmi les anomalies de la conduite on peut citer certaines anorexies mentales, certains renoncements à la vie sociale (et en particulier certaines entrées dans les ordres), certaines toxicomanies (dont l'alcoolisme) et enfin des imprudences par lesquelles on s'expose sans raison à un danger quelconque

Certains accidents avons nous dit sont des équivalents suicidaires. Il arrive en effet que l'on fasse le geste qu'il ne fallait pas ou au contraire qu'on ne fasse pas celui qu'il fallait pour éviter l'accident. Il peut s'agir de désir conscient ou inconscient de la mort de "coup de pouce donné à la fatalité" ce que Juliette BOUTONNIER appelle une "sorte de défaillance de la volonté". Dans ce cadre l'on peut encore classer les accidents survenant avec des révolvers "que l'on ne croyait chargés".

Le plus souvent le sujet n'a pas conscience de ce qu'il veut avant l'acte mais l'actualisation éclaire la conscience et la volonté loin de s'opposer concourt alors à l'accomplissement de celui-ci.

Mais il faut également penser aux faux suicides.

Sont inclus dans cette catégorie, les accidents vrais et les suicides simulés. Ces suicides simulés peuvent être classés en suicides utilitaires, chantages affectifs, impulsion d'un coléreux. Seuls les suicides utilitaires appartiennent au chantage vrai, mais ils possèdent le plus souvent des composantes profondes chargées d'affectivité.

Les chantages affectifs correspondent à une sursimulation dont la participation affective enlève le caractère de tromperie intentionnelle. Les impulsions colériques sont considérées comme des impulsions velléitaires.

De façon générale, le faux suicide peut être considéré comme la solution théâtrale d'un conflit, mais il peut s'agir de l'exercice préparatoire à un vrai suicide. Il faut encore signaler qu'un faux suicide peut se transformer en accident et que le plus authentique des suicides peut échouer.

Il ne faut pas oublier les suicides simulés.

Ils sont à ne pas méconnaître car il s'agit de suicides où l'intéressé cache intentionnellement l'existence de son acte. Il convient de noter les suicides d'holocaustes.

Ces suicides étaient pratiqués pour être enterré religieusement et le sont actuellement par égard pour les proches ou pour toucher une assurance-vie. Notons également que certains sacrifices peuvent être des suicides dissimulés.

c

c

Nous venons de voir les formes psychologiques du suicide, essayons d'en voir le déterminisme.

Il peut s'agir d'une attitude de défense.

Comme la fuite, le suicide peut représenter un mode de défense par rapport à une situation imposée.

Selon ADLER, l'auto-estimation est la base de la psychologie individuelle et l'équilibre de la personnalité dépend du rapport entre le sentiment d'infériorité réelle et le sentiment de supériorité désirable et fictif. Et ainsi la dévalorisation du moi sous son aspect physique, moral ou social, entraînerait un effort de revalorisation, la renaissance d'un idéal auto-estimatif par le moyen du suicide à défaut d'autre plus valable.

En dehors de cette conception Adlérienne, on peut estimer plus simplement que le suicide peut être libérateur d'angoisse, que celle-ci appartienne ou non à la pathologie.

Ce sont à ces tendances que doivent être rattachés les suicides de certains condamnés à mort chez qui l'attente entraîne une angoisse insoutenable, de certains malades souffrant de névralgie faciale ou de cancer, à ce type également que l'on rattachait les suicides des malades qui venaient d'apprendre qu'ils avaient contracté la syphilis.

Ou bien le suicide peut représenter une punition.

L'acte au lieu d'être protecteur et libérateur peut être un processus punitif comme ce fut le cas de VATEL et Anna KARENINE.

Selon FREUD : le besoin de punition est l'expression de l'agressivité fondamentale du sujet retourné contre lui-même.

Les pulsions refoulées se retournent contre le moi et bien que refoulées elles subsistent et fomentent consciemment ou non le sentiment de faute d'où naît le besoin de punition (Oedipe mal résolu).

Ainsi la mélancolie, une fois l'objet "avalé", la libido régresse dans le moi alors identifié à l'objet et du conflit du surmoi et du moi vient la culpabilité.

Mais l'acte suicidaire peut aussi représenter une agression.

Le processus auro-punitif implique une tendance agressive mais celle-ci peut se développer pour son propre compte.

Pour Enrico FERRI "quand on peut tuer on n'a pas besoin de se tuer".

A ce type, il faut rattacher :

- le suicide post-agressif
- certains suicides collectifs qu'ils soient apparemment consentis ou non et même certains suicides dit altruistes ne sont que des assassinats camouflés sous le délire mélancolique qui parviennent ainsi à satisfaire les tendances agressives du malade.

Notons que ceux-ci peuvent poser de difficiles problèmes médico-légaux en cas de survivants.

- Le suicide transgressionnel où l'on utilise la mort comme moyen de vengeance. Rappelons la phrase de STECKEL "Personne ne se tue qui n'ait voulu tuer quelqu'un".

Selon FREUD, le moi ne peut se supprimer que quand, projetant en lui l'objet d'amour, il peut se traiter en objet et diriger contre lui-même l'hostilité qui visait l'objet, car contrairement à la libido, l'agressivité ne se refoule pas.

Plus simplement GARMA écrivait : "la pulsion du meurtre de soi chez les mélancoliques réalise la révolte, la vengeance, la haine inconsciente et constitue le seul moyen de posséder l'objet désiré et perdu".

Ou encore selon FRIEDMANN : "les sévères instances du surmoi marquent une disposition agressive contre le moi, disposition que le moi détournerait bien volontiers sur un autre que lui-même et c'est la tension entre le surmoi et le moi qui lui est soumis qui déterminerait le besoin de punition amenant un homme au suicide".

Il faut mettre un peu à part le suicide oblatif.

TAYLOR définit le sacrifice comme un don aux êtres surnaturels afin de se les rendre favorables. Le suicide s'opère dans une exaltation émotionnelle, une hyperthymie, quasiment joyeuse.

C'est le cas des premiers chrétiens noté par Mr. Thomas MORUS. Le sacrifice peut aussi prendre un aspect expiatoire ou encore être la recherche de l'action éthique

L'holocauste et le sacrifice ne sont pas de faux suicides, ils consacrent la liberté de l'être de disposer de lui-même pour une fin morale d'autant plus exaltante que le désir de vivre reste plus fort et plus vif que le regret de la quitter. Ce type de suicide est comme nous le verrons ce que DURKHEIM décrit sous le nom d'altruisme.

Mais n'oublions pas le suicide chantage.

Ce terme de chantage est de moins en moins employé en raison de la valeur péjorative qu'il implique. Il est "tellement dégradant" que bon nombre de suicidants cherchent à expliquer leur acte par une raison autre que la vraie, même s'ils ne trouvent alors que des explications qui ne semblent pas en rapport avec la gravité de leur geste.

Et pourtant, et de nombreux auteurs l'ont noté, ce suicide que nous qualifions de chantage possède une valeur d'appel ou de revendication.

Ce peut être alors une demande d'affection ou une revendication de ses droits ou encore une demande de reconnaissance d'une idéologie non admise.

C'est dans ce type de suicide que l'on trouve les grèves de la faim, méthode qui bien que prétendue pacifiste, ne dérive pas moins d'une forte composante hétéro-agressive.

Une forme particulière est le ludisme.

Il peut paraître paradoxal de parler d'activité ludique à propos d'un acte aussi grave que le suicide. Cependant certains suicides relèvent d'un comportement ludique.

Il peut s'agir du jeu des pompes funèbres qui avec leur appareil et leur valeur de spectacle étrange et captivant, désirable et effrayant, attire surtout l'enfant à l'égale d'un jeu d'exception.

"Mais il peut aussi s'agir d'un acte de couronnement esthétique, celui qui parachève le jeu du sublime". La mort valorise ce qu'on a vécu et ce que l'on a été, quand elle est un sacrifice gratuit elle atteint la beauté.

L'absorption du réel par l'imaginaire atteste l'activité ludo-esthétique des personnalités telles que celle de Madame BOVARY. L'homme joue de lui-même et avec lui-même et il voit encore dans la vie un jeu dangereux dont il lui plaît de changer la règle.

Les suicidants ne sont pas toujours des suicidés et tous les hommes ne sont pas des suicidants si la plupart ont nourri des idées de suicide. Et DESHAIES écrit : "Le caractère propose, la personnalité dispose et le moment psychologique souvent impose. Il y aurait donc des facteurs, de facilitation, d'inhibition et de déviation".

Voyons d'abord les FACTEURS DE FACILITATION

La sommation biographique tout le poids du passé constitué des conflits de la première enfance, des complexes mal résolus, des conflits familiaux, sociaux et professionnels pèsent sur l'individu jusqu'à l'écraser. L'enchaînement des circonstances aggrave la situation, fait "boule de neige", et, en dehors de toute symbolique Freudienne, facilite par lui-même et secondairement le suicide.

Mais, pour secondaires que soient ces effets, ils ne sont nullement négligeables depuis que l'on sait que c'est la dernière goutte qui fait déborder le vase. A ce propos, notons qu'il ne s'agit pas toujours de conduite d'échec.

En dehors de la sommation biographique, l'état du potentiel affectif a aussi un rôle déterminant.

Dans un second temps, les FACTEURS d'INHIBITIONS

qui contribuent à empêcher l'actualisation du suicide, appartiennent à la morale et à la religion.

Enfin, il existe un PHENOMENE DE DEVIATION

qui consiste en le détournement et la dépense sous une autre forme de l'énergie auto destructive ; ce peut être sous

forme directe comme l'homicide ou sous forme sublimée (comme rentrer dans les ordres, se livrer complètement à des tâches scientifiques).

I N T E R E T d e c e t t e E T U D E

La majorité des Psychiatres considèrent maintenant que le suicide relève d'une perturbation de la personnalité et de l'équilibre mental, face à un stress.

Et si dans l'immédiat, devant une tentative de suicide la loi enjoint à l'entourage de par l'assistance et fait obligation au Médecin de prodiguer des soins d'extrême urgence et efficaces (article 63 du Code Pénal), il convient d'envisager ultérieurement ce geste suicidaire comme un geste d'alarme et comme un appel de la part du suicidant.

L'acte suicidaire a une valeur thérapeutique en lui-même, pendant le séjour en milieu hospitalier, car le choc psychologique qu'il réalise du point de vue affectif, montre au malade qu'il a frolé la mort. Mais il convient d'envisager la sortie du centre de réanimation avec à nouveau l'affrontement du milieu de la vie et se retrouver dans la même situation, et alors le rôle du Médecin traitant est prépondérant pour assurer un entourage psychothérapique pendant la convalescence.

psychologique.

Au-delà de la thérapeutique de réanimation, l'intérêt de cette étude incite à rechercher les moyens de sécuriser le malade dont on ne peut pas dire d'une façon générale, si l'oubli volontaire du geste suicidaire, de la part de la famille, et même du Médecin, ne contribue pas à creuser un fossé entre le suicidant et son entourage.

Pour la majorité des gens, le suicide est l'équivalent d'un acte de lâcheté, et l'entourage se montre très réticent à en parler.

Au contraire, rappeler inopportunément son acte passé au suicidant, se montre une maladresse psychologique mais qui est excusable de la part de la famille. Pour le Médecin traitant, la tentative de suicide doit être un élément d'alarme, qui doit non seulement lui faire pratiquer une psychothérapie de soutien après la mise en confiance du malade, mais également l'inciter à faire un bilan du psychisme et de l'équilibre mental de son malade, avec l'aide des Psychiatres.

En effet, une fois sorti du Centre de réanimation le malade n'est plus sécurisé, et c'est à partir de ce moment que le rôle du médecin traitant va être prépondérant, car comme le signale QUIDU "on n'insistera jamais assez sur le fait que la tentative de suicide est souvent le symptôme révélateur d'une affection psychiatrique", soit grave traduisant un trouble profond de la personnalité ou bien au contraire bénigne, le plus souvent névrotique, toute tentative de suicide doit être prise en considération.

"Etre homme, c'est précisément etre responsable. C'est sentir en posant sa pierre, que l'on contribue à bâtir le monde".

A. de SAINT-EXUPERY

DELIMITATION du SUJET

Notre travail, réalisé dans le service de réanimation de Médecine du Docteur BONHOMME, porté sur 357 dossiers de suicidants hommes et femmes, âgés de 14 à 69 ans, et hospitalisés entre le 1er janvier 1969 et le 31 Décembre 1969 inclus.

Il convient de préciser qu'il s'agit d'un centre de Réanimation et que les cas purement traumatiques du fait du mode suicidaire utilisé ;

- armes à feu
- .. armes blanches
- usage d'un outil de travail
- usage d'un véhicule
- .. divers autres moyens sanglants étant admis dans les services de Chirurgie, n'apparaissent pas dans cette étude.

D'autre part, le centre de Réanimation d'ANGERS ne reçoit pratiquement que des suicidants de la ville d'ANGERS et des villes satellites limitrophes, et beaucoup de suicidants sont admis dans d'autres hôpitaux. Notre travail ne porte donc que sur une population uniquement représentative d'un centre Hospitalier Universitaire de province, car les gens de milieu social élevé sont hospitalisés dans les cliniques de la région.

Il faut noter qu'un certain nombre de suicidants sont traités à domicile du fait de la béginité de la tentative, ou bien admis directement dans des établissements psychiatriques publics ou privés, et de ce fait échappent à nos statistiques.

Il aurait été intéressant de faire une étude plus complète, mais il est impossible d'être mieux informé, malgré la recherche de renseignements car une tentative de suicide est, toujours en trainée d'une très grande discrétion, quand il n'y a pas de décès dramatique.

Au début de notre travail de recherche, il nous est apparu qu'un grand nombre d'observations étaient incomplètes et que beaucoup de données administratives manquaient (profession, nombre d'enfants, etc...). Néanmoins, il nous a semblé possible de recueillir une quantité suffisante de renseignements pour effectuer notre travail.

L'enquête réalisée porte sur les suicidants, c'est-à-dire les suicides ratés ; dans la quasi totalité des cas, il s'agit de suicide par ingestion de toxiques, hospitalisés au Centre de Réanimation, et ces tentatives se soldent dans 100 % des cas par un sauvetage, du fait de la faible importance de toxique ingérée, très inférieure à la dose létale et de la rapidité de l'intervention.

Donc, cette étude ne porte pas sur les décès, mais uniquement sur les suicides par toxiques dans la majorité des cas (352 sur 357), et se soldant par un échec.

Certains modes suicidaires se révèlent fort rares compte tenu de la population hospitalière étudiée

- LA PENDAISON : 2 cas seulement ont été admis en 1969, mais ce chiffre peut être expliqué du fait du moyen qui est généralement utilisé.

- LA NOYADE : il y a eu 3 cas en 1969.

Il n'y a pas eu d'ELECTROCUTION

L'emploi de toxiques se révèle le mode le plus fréquent, probablement favorisé par le fait que l'on trouve des tranquillisants et des hypnotiques dans toutes les pharmacies familiales, et il y a certainement une sorte d'incitation au passage à l'acte, car le toxique est un moyen facile à se procurer et d'utilisation indolore.

Il convient de préciser que ce travail est avant tout une étude à tendance médico-légale. Nous ne traiterons donc ni des manifestations cliniques, ni des techniques employées au centre de Réanimation, mais au delà de la thérapeutique, l'intérêt de cette étude incite à rechercher les moyens de sécuriser le malade, car l'orientation des Psychiatres est de considérer que le suicide relève d'un trouble de la personnalité, et qu'il s'agit d'un geste d'attente.

Après la réanimation le médecin traitant a une énorme responsabilité quant à la tutelle de son malade, avec le concours des psychiatres, car au sortir de l'hôpital le malade n'est plus sécurisé et va retrouver la situation et le même milieu antérieur.

"Encore la plupart n'ont ils jamais
connu la douceur du foyer et n'ont
jamais vécu"

BAUDELAIRE

ANALYSE des TENTATIVES SUICIDAIRES
en FONCTION
des FACTEURS d'ENVIRONNEMENT

Nous avons relevé en 1969 le chiffre global de 357
suicidants admis au centre de réanimation d'ANGERS. Nous nous
proposons d'analyser ces tentatives de suicide, en tenant
compte d'abord de différents facteurs étiologiques.

T A B L E A U n° 1

REPARTITION DES TENTATIVES DE SUICIDE SELON LE SEXE EN 1 9 6 9

ANNEE 1969	HOMMES		FEMMES		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	
	57	27,1	260	72,9	357

de suicide en fonction du sexe des suicidants, et il en ressort que sur 357 malades, il y a eu une majorité de femmes, soit :

260, ce qui représente 72,9 % du total.

Par contre, les tentatives de suicide masculines se sont limitées à 97 cas, soit :

- 27,1 % du total.

Nous obtenons ainsi un rapport F/H voisin de 2,68 % pour la totalité des observations.

Le taux nous est voisin de celui trouvé par SCRIBE (F/H = 3) en 1968, au centre de réanimation d'AMIENS.

Par contre, DERVILLEE, entre novembre 1957 et juillet 1964, à BORDEAUX, relève un taux F/H de 3,08 %.

Mais nous l'avons dit, notre travail porte uniquement sur les suicidants du centre de réanimation d'ANGERS, et le chiffre important de 72,9 % s'explique car quand une femme veut se suicider, elle ne choisit pas un procédé sanglant ou brutal du fait de son orientation psychologique propre à son sexe, mais il est également certain que la femme est aussi motivée par des préoccupations d'ordre esthétique, ne voulant risquer de se défigurer et préférant un mode suicidaire propre et indolore.

Il nous a ensuite semblé intéressant d'étudier maintenant les tentatives de suicide selon :

2° - L'AGE

Nous avons ainsi classé l'âge de nos suicidants par tranches de 5 années, entre 15 ans et jusqu'à 70 ans, en regroupant dans la même colonne les suicidants âgés de moins de 15 ans.

Consultons maintenant le tableau n° 2, ce qui nous permet de constater :

La prédominance très nette des tentatives de suicide chez les sujets jeunes.

Ainsi l'étude globale des tentatives de suicide montre que :

33,8 % des suicidants sont âgés de moins de
21 ans

TABLEAU n° 2

CLASSIFICATION DES TENTATIVES DE SUICIDES PAR TRANCHES D'AGE pour 357 CAS.

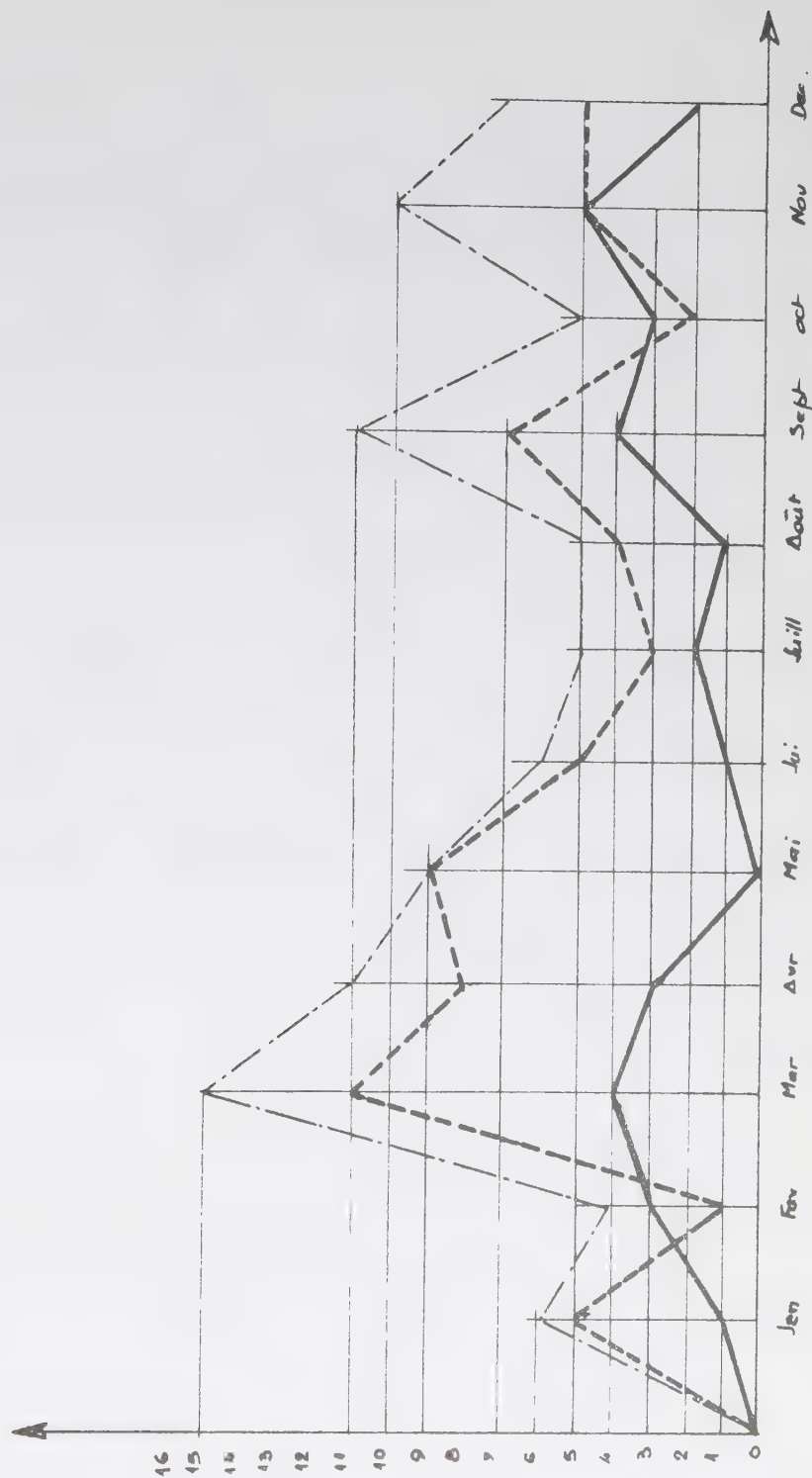
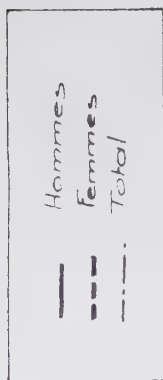
AGE	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	(°)
moins de 15 ans	1	33,33	2	66,67	3	0,84
de 15 à 20 ans	25	21,18	93	78,82	118	33,05
de 21 à 25 ans	14	24,13	44	75,87	58	16,24
de 26 à 30 ans	9	20,93	34	79,07	43	12,04
de 31 à 35 ans	10	28,57	25	71,43	35	9,80
de 36 à 40 ans	12	48	25	52	37	10,36
de 41 à 45 ans	6	33,33	12	66,67	18	5,04
de 46 à 50 ans	8	44,44	10	55,56	18	5,04
de 51 à 55 ans	2	28,57	5	71,43	7	1,96
de 56 à 60 ans	2	20	8	80	10	2,80
de 61 à 65 ans	3	27,27	8	72,73	11	3,08
de 66 à 70 ans	3	50	3	50	6	1,68

(°) - pourcentage calculé par rapport au nombre total des suicides en 1969.

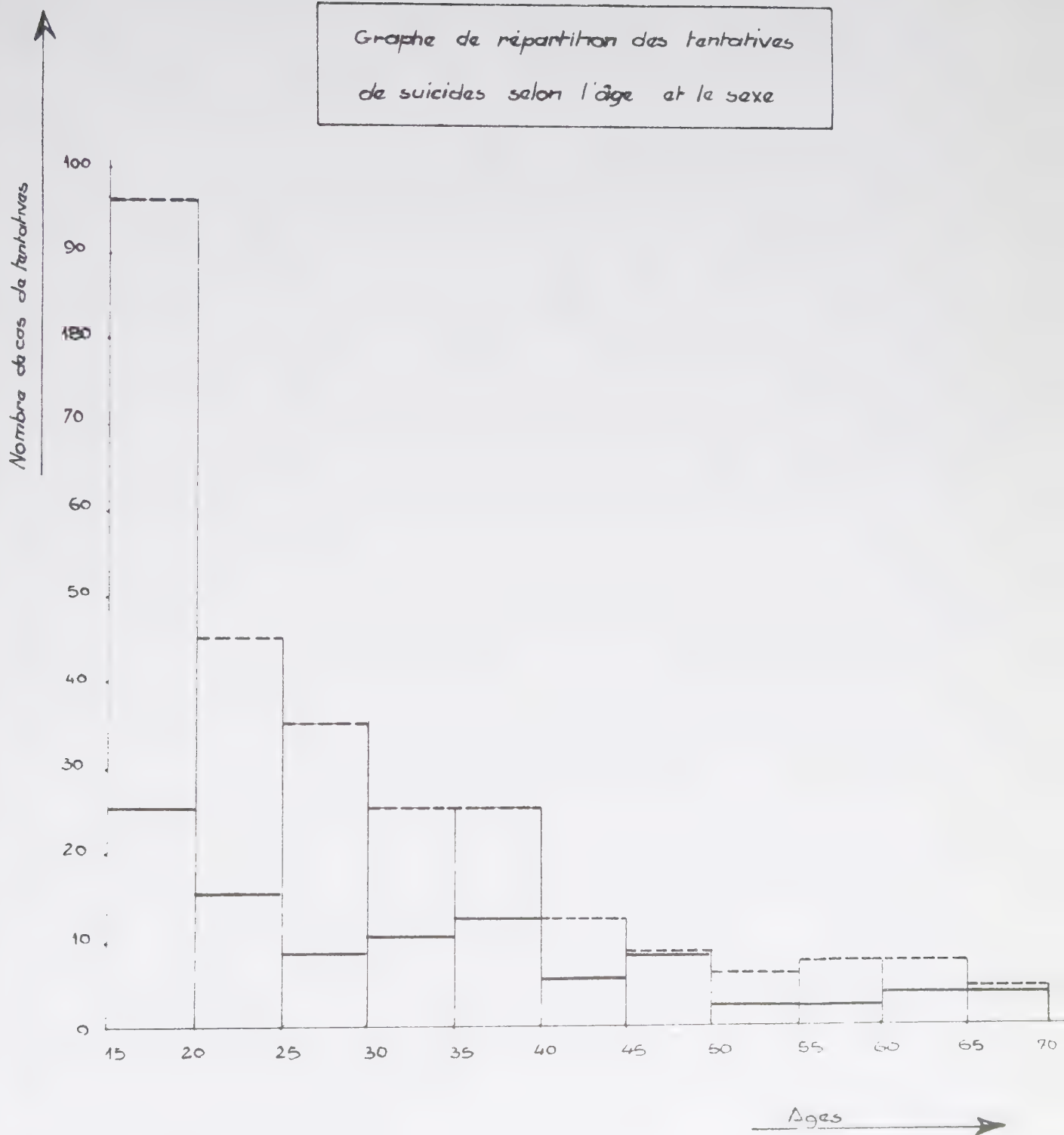
TABLEAU n° 3

ETUDE DE L'AGE DES SUICIDANTS SELON LES MOIS DE L'ANNEE 1 9 6 9

	Janv.	Fev.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.
moins de 15 ans	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
de 15 à 20 ans	8	8	17	11	8	10	8	8	13	8	16	4
de 20 à 25 ans	3	4	11	8	3	5	3	7	3	2	4	5
de 26 à 30 ans	7	3	4	2	8	5	1	3	4	3	1	2
de 31 à 35 ans	2	2	4	2	1	4	2	4	6	2	5	1
de 36 à 40 ans	5	5	4	4	1	2	7	0	4	3	0	2
de 41 à 45 ans	3	0	1	3	0	2	1	0	0	4	1	3
de 46 à 50 ans	1	0	1	2	3	0	2	1	2	4	2	0
de 51 à 55 ans	0	0	1	0	2	0	2	1	1	0	0	0
de 56 à 60 ans	0	0	1	1	0	2	1	2	1	0	1	1
de 61 à 65 ans	0	1	0	0	0	3	1	1	2	1	2	0
de 66 à 70 ans	1	0	1	1	0	0	0	1	2	0	0	0



Graphique de répartition des tentatives
de suicides selon l'âge et le sexe



38 % des suicidants sont âgés de 21 à 35 ans
15,3 % sont âgés de 36 à 45 ans
enfin, 14 % ont plus de 46 ans

Nous avons ensuite voulu reprendre cette étude en fonction du sexe et, en se référant toujours au tableau n° 2 on constate

POUR LES FEMMES

le nombre le plus élevé de tentatives de suicides se situe dans la tranche d'âge allant de 15 à 20 ans, avec le nombre de 93 tentatives, ce qui représente 78,8 % du nombre total pour cette tranche d'âge.

Entre 15 et 40 ans, 223 femmes ont tenté de mettre fin à leurs jours, soit 85 % du nombre total des suicidantes.

On relève seulement 46 tentatives entre 41 et 70 ans, soit 17,6 % du nombre total des femmes.

Il faut toutefois remarquer qu'il y a eu 2 tentatives de suicide avant 15 ans.

Voyons maintenant ce qu'il en est quant aux tentatives masculines

POUR LES HOMMES

- le nombre le plus élevé de tentatives de suicide se trouve situé dans la tranche d'âge des sujets de 15 à 20 ans, avec 25 tentatives, soit 21,1 % de cette tranche.
- entre 15 et 40 ans, 71 hommes ont voulu mourir ; c'est-à-dire 73,1 % du nombre total des hommes.
- de 41 à 70 ans ; on relève 24 sujets, ce qui représente 24,7 % du total masculin.

Notons qu'il n'y a qu'une seule tentative avant 15 ans.

Dans les deux sexes le maximum de tentatives de suicides a lieu entre 15 et 20 ans - avec 118 observations - soit 33 % des tentatives.

Si l'on se réfère au graphique de répartition des tentatives de suicides en fonction de l'âge et du sexe, il est intéressant de noter que le nombre des tentatives, diminue au fur et à mesure que l'âge croît.

On peut observer sur la courbe des hommes une diminution très nette, entre 20 et 25 ans, selon VEDRINNE, ce phénomène correspond à l'incorporation sous les drapeaux des gens de cet âge.

3° - LE TEMPS

Nous avons voulu rechercher également les relations possibles, en étudiant l'âge des suicidants en fonction du mois de l'année - c'est le tableau n° 3 - .

Il nous apparaît que sur 118 tentatives de suicides, entre 15 et 20 ans et représentant 33 % des suicidants, les plus nombreuses se répartissent ainsi :

- 17 ont eu lieu au mois de Mars
- 16 au mois de novembre
- 13 au mois de septembre
- 11 au mois d'avril

les autres tentatives s'échelonnent sur les 8 mois de l'année d'une manière uniforme d'un mois à l'autre.

Nous avons ensuite voulu rechercher la relation possible entre la tentative de suicide et le mois de l'année, pour ce faire, examinons les tableaux n° 5 et n° 6 ; on retrouve :

- 46 cas en mars : soit 12,9 % du total avec 36 femmes et 10 hommes
 - 37 cas en septembre - soit 10,4 % du total 25 femmes et 12 hommes
- le nombre le plus faible de suicidants se trouve en décembre avec 19 cas

14 femmes et 5 hommes, représentant 5,3 % du total annuel

TABLEAU n° 4

TENTATIVES DE SUICIDE SELON LE SEXE EN 1 9 6 9

MOIS	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	% (°)
JANVIER	6	20	24	80	30	8,45
FEVRIER	10	43,6	13	56,4	23	6,45
MARS	10	21,8	36	78,2	46	12,91
AVRIL	7	20	28	80	35	9,81
MAI	6	23,2	20	76,8	26	7,31
JUIN	5	16,67	25	83,33	30	8,45
JUILLET	5	20	20	80	25	7,03
AOUT	6	22,2	21	77,8	27	7,59
SEPTEMBRE	12	32,5	25	67,5	37	10,4
OCTOBRE	14	50	14	50	28	7,88
NOVEMBRE	11	28,2	20	71,8	31	8,71
DECEMBRE	5	23,1	14	76,9	19	5,34

(°) - pourcentage calculé sur 357 cas.

INFLUENCE DES MOIS de l'ANNEE SUR le NOMBRE des SUICIDANTS			
MOIS	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Janvier	6	24	30
Février	10	13	23
Mars	10	36	46
Avril	7	28	35
Mai	6	20	26
Juin	5	25	30
Juillet	5	20	25
Août	6	21	27
Septembre	12	25	37
Octobre	14	14	28
Novembre	11	20	31
Décembre	5	14	19

TABLEAU n° 6

INFLUENCE de la SAISON sur le NOMBRE des SUICIDANTS			
SAISONS	HOMMES	FEMMES	TOTAL
PRINTEMPS	22	76	98
ETE	19	63	82
AUTOMNE	35	55	90
HIVER	21	66	87

TABLEAU n° 7

Il nous a semblé utile alors d'étudier la répartition de nos observations en fonction

DES SAISONS

Regardons maintenant le tableau n° 7

- 98 tentatives (71 femmes et 22 hommes) ont eu lieu au printemps
- 90 tentatives (66 femmes et 21 hommes) ont eu lieu au automne,
- le plus petit nombre des tentatives est enregistré en été - 82 cas (soit 63 femmes et 19 hommes) ce qui correspond à la période des vacances et qui est la plus agréable du point de vue climatique ; et pendant laquelle les distractions sont les plus nombreuses.

Nous avons ensuite voulu étudier l'influence du jour de la semaine, ce qui nous a semblé intéressant, car le service du Docteur BONHOMME reçoit tous les jours.

TABLEAU n° 8

REPARTITION DES TENTATIVES DE SUICIDES EN FONCTION DES JOURS DE LA SEMAINE

JOURS	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	% (°)
LUNDI	23	42,6	31	67,4	54	15,2
MARDI	15	24,6	50	75,4	65	18,2
MERCREDI	11	20,3	43	79,7	54	15,2
JEUDI	13	31,8	31	68,2	44	12,6
VENDREDI	13	32,5	30	67,5	43	12,3
SAMEDI	14	26,4	39	73,6	53	15,1
DIMANCHE	8	18,2	36	81,8	44	12,3

(°) pourcentage pour 357 suicidants.

Il s'en dégage qu'une nette majorité de tentatives sont perpétrées le Mardi, avec un pourcentage de 16,8 % - soit 65 cas - répartis en :

50 femmes

15 hommes

Nous avons observé un nombre strictement identique de suicidants : le lundi et le mercredi, mais il y a toutefois un pourcentage féminin plus important le mercredi.

Par contre, le vendredi et le dimanche sont les jours où il y a le moins de tentatives de suicide et pour lesquels nous avons également relevé les pourcentages tout à fait identiques de 12,3 % du nombre total des suicidants ; les femmes étant plus nombreuses le dimanche

Il apparaît donc que si l'on observe un maximum de tentatives le Mardi, le nombre de tentatives va ensuite se répartir en décroissant les autres jours de la semaine, avec une dépression les jeudi et vendredi

Précisons à nouveau que le centre de Réanimation de l'Hôpital d'ANGERS reçoit les suicidants tous les jours de la semaine.

TABLEAU n° 9

REPARTITION DU NOMBRE DE SUICIDANTS EN FONCTION DE L'HEURE

Heure	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Matin de 0 à 12 h	26	27,6	68	72,4	94	26,3
Soir de 12 à 24 h	68	25,7	195	74,3	263	73,4
	94		163		357	

Il est intéressant de voir à quelle heure on se suicide, et nous nous sommes référés à l'heure de la tentative indiquée par le malade, nous avons ainsi dressé le tableau n° 8 en divisant arbitrairement le nyctémère en 2 périodes :

- de 0 heure à 12 heures - pour le matin
- de midi à 24 heures - pour le soir

Ainsi que le dit RAYMONDIS, effectivement, "la tentative de suicide est un acte du soir", puisque 263 tentatives ont eu lieu entre 12 heures et 24 heures ; soit 73,4 % du total, c'est d'ailleurs ce que constate SCRIBE au centre hospitalier d'AMIENS.

Une autre approche de répartition, selon l'horaire établi, divisé en deux tranches ;

- de 8 heures à 20 heures
- de 20 heures à 8 heures

peut être intéressante, compte tenu du pourcentage de 72 % de femmes, de l'activité ménagère féminine et de l'entourage familiale ou de son absence.

Entre 8 heures et 20 heures, il y a eu un total de 291 suicidants, répartis en 223 femmes et 68 hommes, par contre entre 20 heures et 8 heures il n'y a eu que 66 suicidants comprenant 37 femmes et 29 hommes. Ainsi pour 260 tentatives féminines, 223 ont eu lieu entre 8 heures et 20 heures, ce qui représente 80,1 % du total des tentatives

féminines, car les femmes sont seules à la maison pendant la journée.

4° - LA SITUATION MATRIMONIALE

Il nous a semblé particulièrement intéressant de mesurer l'importance du rôle joué par la situation matrimoniale parmi nos suicidants.

Nous avons alors dressé le tableau n° 5 en considérant uniquement la situation matrimoniale légale comme référence.

L'enquête ayant montré qu'il n'était pas possible de préciser les cas d'union libre.

Il convient de préciser que dans notre tableau nous n'avons pas fait une rubrique spéciale et pour les divorcés et les séparés que nous avons mis ensemble.

Ainsi, nous avons trouvé sur l'Etude de 357 cas la répartition suivante :

- 50,8 % de gens mariés
- et il y a une proportion de 3 femmes pour 1 homme (le rapport F / H est de 2,9).

TABLEAU n° 5

ETUDE DE LA SITUATION MATRIMONIALE DES SUICIDANTS

SITUATION MATRIMONIALE	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	% (°)
CELIBATAIRES	48	28	120	72	168	47,2
MARIES	47	26	134	74	181	50,8
DIVORCES ET SEPARES	2	30	4	70	6	1,68
VEUFS	0	0	2	100	2	0,17

(°) - pourcentage du total des suicidants en 1969

- 47,2 % de célibataires, avec une proportion de 2,5 femmes pour
1 homme

(le rapport F / H est égal à 2,5 %)

- 1,6 % de gens divorcés ou séparés (le rapport F / H = 2)

- et enfin 0,17 % de veufs (le rapport F / H est de 2).

Nos nombres sont en accord avec SCRIBE qui note
50,6 % de mariés et 44,1 % de célibataires.

Analysons maintenant d'un peu plus près nos résultats. Il ressort que parmi les gens mariés, les femmes par toxiques font plus de tentatives de suicides que les hommes.

F/ H voisin de 3, mais beaucoup de femmes restent au foyer, étant seule toute la journée sans activité professionnelle précise ; ce qui prédispose aux tentatives de suicide, selon SCRIBE, nos statistiques montrent un pourcentage de 62,2 du total global de suicidants et 81,1 % du total féminin.

Enfin, il nous a paru intéressant de rechercher
le rôle joué par l'habitat dans la tentative de suicide.

TABLEAU n° 11

ETUDE DU NOMBRE DE SUICIDANTS EN FONCTION DE LEUR HABITAT

NOMBRE DE SUICIDANTS	HABITAT URBAIN		HABITAT RURAL		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
NOMBRE DE SUICIDANTS	272	76,19	75	23,81	357	-

Pour notre classification, nous avons admis ainsi que le font les enquêtes de recensements, que les localités comptant plus de 2.000 habitants devaient être considérées comme des villes.

Si l'on observe le tableau n° 11, on s'aperçoit qu'il y a une très forte prédominance urbaine : 272 cas, soit 76 % des suicidants, parmi lesquels -

- 19 habitent ANGERS
- 78 résident dans les autres villes de la région angevine.

Par contre, nous n'avons relevé que 75 tentatives en milieu rural : soit 23,8 % du nombre total.

Donc les citadins, d'après les chiffres statistiques ont plus tendance à se suicider que les ruraux, par des moyens toxiques.

Il aurait été intéressant toutefois d'avoir pu comparer nos résultats avec ceux des autres Hôpitaux du Maine et Loire, car il est certain qu'un certain nombre de tentatives, notamment rurales, ne sont pas admises à ANGERS du fait de leur éloignement du centre de réanimation.

ETUDE du MODE SUICIDAIRE

Les statistiques relevées au centre de Réanimation d'ANGERS montrent une immense majorité de tentatives par intoxication : 352 cas sur 357.

Nous allons donc d'abord faire une classification de ces intoxications aiguës volontaires ; nous nous inspirerons de la classification de SCRIBE.

Il faut considérer :

I - LES TOXIQUES NON MEDICAMENTEUX

Ils ont été employés 20 fois par nos suicidants et leur utilisation se répartit de la manière suivante :

A/ - Les toxiques ménagers :

Ils ont été choisis par 6 suicidants

- un insecticide a été employé, 1 fois par un homme ayant un habitat rural.
- un raticide a été utilisé 3 fois, soit : par 2 hommes et 1 femme, tous ruraux.
- l'eau de javel a servi de moyen suicidaire 2 fois, soit : par 1 homme rural et par une femme citadine.

B/ - Le gaz :

a été employé par 10 suicidants avec une
entre

- le gaz butane
utilisé 3 fois par 2 femmes et 1 homme,
tous citadins.
- et le gaz de ville
utilisé 7 fois par 4 femmes et 3 hommes
tous citadins.

Ce mode de suicide semble peu utilisé, mais il est bon de préciser que la ville d'ANGERS est alimentée par le gaz de Lacq qui n'est pas mortel, ce fait étant connu de la majorité du public.

C/ - L'alcool éthylique :

n'a été employé que 3 fois, toujours par des hommes et associé à une absorption médicamenteuse, et il semble difficile de préciser toutefois si la prise médicamenteuse n'a pas

été induite par un éthylisme aigu qui aurait déclenché un raptus anxieux.

D/ - Les toxiques industriels :

l'acide borique a été employé une fois par une femme rurale.

II - LES TOXIQUES MEDICAMENTEUX

Ils représentent la majorité des toxiques utilisés, soit 332 cas. Nous les avons répertoriés en :

- Psychotropes
- non Psychotropes

A/ - Les toxiques Psychotropes

nous les avons classé en :

1 - DERIVES BARBITURIQUES

91 suicidants les ont employés, dont 76 femmes, avec la répartition suivante :

le Gardénal
compte 26 cas, dont 12 sujets épileptiques.

les sédatifs barbituriques
groupes 14 cas dont 8 femmes

les Hypnotiques barbituriques
on relève 51 intoxications, avec une prédominance

féminine. L'intoxication barbiturique aiguë volontaire représente donc 27,4 % des tentatives de suicides médicamenteuses.

2 - Les TRANQUILLISANTS

ont été employés par 91 suicidaires, soit 27,4 % des intoxications volontaires médicamenteuses.

Ensuite, par ordre décroissant on note,

3 - LES NEUROLEPTIQUES

que 35 suicidants, dont 30 ont un passé psychiatrique, les autres ont utilisé .

- les Phénothiazines
employés 27 fois

les Butysophénols
utilisés 8 fois

Ce nombre ne représente que 10,5 % des tentatives médicamenteuses.

4 - LES HYPNOTIQUES NON BARBITURIQUES

ont été employés dans 24 Observations, ce qui représente 7,1 % des médicaments employés.

5 - LES ANTI DEPRESSEURS

14 suicidants en ont absorbé. dans tous les cas il s'agissait

de thymoanaleptiques, dérivés du Tofranil, soit seulement 4,2 % des toxiques médicamenteux.

B/ - Les Médicaments non Psychotropes

ne groupant que 60 cas, qui comprennent :

1 - LES ANALGESIQUES

avec comme chef de file l'Acide Acétylsalicylique, absorbé 14 fois

Il y a eu 24 suicidants à utiliser ce type de toxiques, soit 7,1 % des intoxications médicamenteuses, avec une prédominance féminine.

2 - AUTRES MEDICAMENTS

Il s'agit de médicaments très divers qu'il est très difficile de classer

Il y a eu ainsi 33 tentatives de perprétées, ce qui fait un pourcentage de 9,9 % des intoxications médicamenteuses volontaires

Notons toutefois, que dans cette catégorie de toxiques, il y a eu

6 tentatives par des dérivés atropiniques de synthèse
4 intoxications par l'Isoniazide
2 intoxications par hydontoïnes

Ces deux dernières survenant chez des épileptiques.

Ainsi du point de vue pharmacologique, selon un ordre d'importance décroissant, les toxiques médicamenteux les plus utilisés ont été :

- les dérivés barbituriques et les tranquillisants
dont le pourcentage d'utilisation est identique pour nos observations.

Viennent ensuite ,

- les neuroleptiques
- les hypnotiques non barbituriques
- les anti-dépresseurs
- les analgésiques

Dans nos observations, les suicidants ont toujours utilisé : la voie orale avec dans la quasi totalité des cas, ingestion de comprimés (dans une seule observation, la voie rectale a été utilisée).

Aucun de nos suicidants n'a employé

la voie parentérale

Il n'y a eu que 5 suicidaires qui ont utilisé des moyens suicidaires brutaux :

TABLEAU n° 10

ETUDE DU NOMBRE DE TOXIQUES UTILISES PORTANT SUR 352 INTOXICATIONS VOLONTAIRES.

NOMBRE DE TOXIQUES	HOMMES	FEMMES	TOTAL	%
1	66	165	231	65,3
2	22	81	103	34,3
3	6	7	13	3,68
plus de 3	3	2	5	1,43

- LA NOYADE

3 cas ont été relevés dans nos statistiques

- LA PENDAISON

seulement 2 cas qui ont été réanimés ; mais en général ce mode suicidaire est d'issue fatale.

Il nous a semblé utile d'étudier la répartition de nos suicidants selon le nombre de toxiques associés lors de la tentative, nous incluons les noyades et les pendaisons dans ce tableau. Consultons maintenant le tableau n° 10 qui montre que :

63 % ont eu recours à un seul toxique

- 34 % ont utilisé 2 toxiques associés.

3,6 % ont pris 3 toxiques

enfin seulement 1,4 % des suicidants ont associé plus de 3 toxiques.

Enfin si l'on consulte le tableau n° 12, on peut constater que 94 suicidants avaient tenté antérieurement de mettre fin à leurs jours, ce qui représente 26,3 % des suicidants.

CONCLUSION de notre ETUDE

Il nous a semblé logique de confronter nos chiffres à ceux d'autres auteurs ayant fait des travaux identiques.

Il en ressort :

- le sexe féminin prédomine dans notre étude -

260 cas sur 367. Il en est de même pour SCRIBE, VEDRINE et RAYMONDIS qui ont recensé les suicidants de centres de Réanimation et ont des rapports F/H de :

3,1 %

2,7 %

2,8 %

On peut donc admettre comme chiffre moyen, notre rapport F/H de 2,6 femmes pour 1 homme à ANGERS.

Précisons à nouveau que nos tentatives portent presque exclusivement sur des intoxications (3 noyades et 2 pendaisons) et que les femmes recourent à l'usage de toxiques plutôt que de moyens brutaux.

Il est certain que la femme souhaite une mort propre, sans doute par souci esthétique mais elle veut également une mort douce et indolore, ce qui va de pair avec la sensibilité affective exacerbée chez la femme.

- L'âge de nos sujets corrobore les résultats des autres auteurs, ainsi le suicide prédomine chez les sujets jeunes, pour notre part nous avons entre 15 et 20 ans, soit 33,05 % de nos suicidants.

RAYMONDIS enregistre, en 1965, que 2,5 % de suicidants ont moins de 21 ans.

SOPIBE note 34 % de ses entre 15 et 21 ans ; ce qui montre la similitude de notre travail.

- La situation matrimoniale des suicidants montre à ANGERS une prédominance des gens mariés : 50,8 %

Toutefois les célibataires représentent 47,2 % de nos cas.

SOPIBE à ANGERS relève dans sa thèse 51 % de mariés 44 % de célibataires ce qui est en accord avec nos résultats.

Il y a toutefois une discordance entre nos résultats 0,17 % de veufs ; alors que SOPIBE en note 0,6 %

Quant au genre féminin, nous avons 66,66 % de femmes au nombre total de 100 personnes.

Dans notre statistique les tranquillisants viennent au premier plan, suivis par les barbituriques, mais précisons que nous avons classé l'Optalidon (12 cas parmi les analgésiques).

Enfin, si l'on considère :

- L'habitat : il s'en dégage une forte majorité de citadins. Nous avons relevé pour notre part, un pourcentage de suicidants habitant la ville de 76,1 % - contre 23,8 % de ruraux.

SCRIBE avec 72 % de citadins, confirme nos chiffres. Ainsi nos statistiques coïncident en de nombreux points avec les résultats d'autres auteurs sur les tentatives de suicides.

Le Centre de Réanimation d'ANGERS est donc représentatif d'un Hôpital de Province drainant une population moyenne type

REFLEXIONS sur la PROPHYLAXIE des

TENTATIVES de SUICIDE en ANJOU

Nous avons remarqué dans nos tableaux observations que seulement 102 suicidants (soit 64 femmes et 38 hommes) ce qui représente un pourcentage de 28,7 % du total - ont été pris en charge à leur sortie par un Psychiatre.

En fait l'idéal serait que tout suicidant fasse l'objet d'un bilan psychiatrique complet, afin de découvrir la pulsion ayant motivé la tentative d'autolyse, et de dépister un trouble de la personnalité

L'acte suicidaire a une valeur thérapeutique en lui même pendant le séjour au centre de réanimation, car le choc psychologique subi, du point de vue affectif, montre au malade qu'il a frôlé la mort. Mais, il convient d'envisager la sortie de l'hôpital, et le nouvel affrontement du milieu

La majorité des suicidants ne recommencent pas leur acte, et quand ils recommencent cela traduit une cause grave et un

SUICIDANTS HOSPITALISES POUR RECIDIVE

MOIS	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	(°)
JANVIER	1	16,6	5	83,4	6	1,68
FEVRIER	3	75	1	25	4	1,12
MARS	4	38,4	11	61,6	15	4,2
AVRIL	3	36,7	8	63,3	11	3,08
MAI	0	...	9	100	9	2,52
JUIN	1	16,68	5	83,32	6	1,68
JUILLET	2	40	3	60	5	1,40
AOUT	1	20	4	80	5	1,40
SEPTEMBRE	4	37,3	7	63,7	11	3,98
OCTOBRE	3	60	2	40	5	1,40
NOVEMBRE	5	50	5	50	10	2,8
DECEMBRE	2	28,6	5	71,5	7	1,96
	29		65			
	94					

(°) pourcentage sur 357 suicidants.

SUICIDANTS PRIS EN CHARGE ULTERIEUREMENT PAR UN MILIEU PSYCHIATRIQUE

MOIS	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	% (%)
JANVIER	2	28,9	5	71,1	7	1,96
FEVRIER	1	25	3	75	4	1,12
MARS	4	40	6	60	10	2,80
AVRIL	4	50	4	50	8	2,24
MAI	2	22,2	7	77,8	9	2,52
JUIN	4	36,36	7	63,64	11	3,08
JUILLET	2	40	3	60	5	1,40
AOUT	2	25	6	75	8	2,24
SEPTEMBRE	8	44,44	10	55,56	18	5,04
OCTOBRE	4	66,66	2	33,34	6	1,68
NOVEMBRE	2	28,9	5	71,1	7	1,96
DECEMBRE	3	33,33	6	66,67	9	2,52
	38		64			
	102					

fond mental très perturbé.

Il faut envisager que la tentative de suicide comme un geste d'alarme, et un signal d'appel et de détresse de la part du sujet.

Chez tout suicidant, il faut prévenir la récurrence, que ce sujet soit ou non perturbé mentalement. Il est primordial de savoir si la pulsion suicidaire du malade est la traduction d'un trouble névrotique ou psychotique.

La famille se trouve mal placée pour intervenir auprès du suicidant, car le plus souvent des maladresses sont commises de sa part et qui est incapable de faire le bilan de son fond mental.

Il est alors souhaitable qu'un Psychiatre fasse alors un examen psychiatrique complet de ce malade, qu'il juge de l'importance du trouble de la personnalité et qu'enfin, il dédramatise le conflit qui a motivé ce raptus suicidaire.

Enfin, le rôle du Médecin omnipraticien est prédominant en ce qui concerne la post-cure du suicidant, car c'est lui qui sera le mieux placé pour prendre en charge le malade et lui prodiguer une psychothérapie de soutien, voire l'inciter à consulter un psychiatre

L'idéal, nous l'avons exprimé, serait que tout suicidant soit examiné systématiquement par un psychiatre pendant son séjour au centre de réanimation. En effet ultérieurement lorsque l'on conseille la prise en charge d'un psychiatre, on se heurte

à un refus, même de honte de la part du malade et de son entourage,
le mot psychiatrie faisant, pour le public, partie du vocabulaire
tabou.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ASCHER J. - DELAHOUSSE J. - FAROUX Ch.

La conduite suicidaire et sa signification,

Lille Médical - oct. 67 n° 8

- 2 BENOIT J.C.

Suicide, tentatives et consultations suicidaires

Etudes statistiques psychologiques et prophylac-
tiques récentes.

Presse Médicale - Mai 1966

- 3 BLADEL

Le suicide P.U.F.

- 4 COLIN M VEDRINNE J.

Perspectives de l'Assistance clinique auprès du
suicidant

Vie Médicale n° Spécial Mai 1967

5 - DELORE et POMMATAU

Etudes sur les facteurs écologiques du suicide

... Revue Lyonnaise de Médecine aout-sept. 1957

6 - DENIKER P.

Risque de suicide et conditions modernes du traitement
psychiatrique.

... Annales de Médecine légale - janv. fev. 1965

7 - DERVILLEE P. - DERVILLEE Et. et DOIGNON J.

Contribution à l'étude du suicide en milieu urbain.

- Annales de Médecine Légale 1965

8 - DESHAIES G.

Les mécanismes psychologiques du suicide

Vie Médicale n° Spécial mai 1967

9 - DES LAURIERS

Le risque de suicide chez les déprimés

Revue du Praticien 1er oct 1963

10 - DURCHEIM E.

Le Suicide P U F

11 - EY H

Le suicide pathologique

Etudes psychiatriques t. II

12 HALBWACHS

Les causes du suicide P.U.F.

13 - HOCHMANN J. - BUFFARD S. - VEDRINNE J. et COLMIN M.

Premières réflexions sur une expérience de psychothérapie des suicidants.

... Annales de Médecine générale janv. Fev. 1965

14 - JUSTIN - BESANCON L. - PEQUIGNOT H. et F. de PAILLERETS

Les tentatives de suicide

... Ouest Médical - 25 Juin 1962

15 - KORNPORST L.

Le médecin devant le suicide, point de vue juridique

... Vie médicale n° Spécial Mai 1967

16 LOISELLE

La tentative de suicide

Thèse Paris 1963

17 - MATHE A

Les suicides des vieillards

... Vie médicale n° Spécial mai 1967

18 - MICHAUX L

Psychiatrie

Ed. Flammarion

19 MOINE C.

Le suicide, données de statistiques

... Vie médicale n° Spécial mai 1967

20 MOUREN P.

La tentative de suicide

... Marseille médical 1961 n° 6

21 NEHLIL J.

Que doit-on faire devant un malade qui menace de
se suicider ?

... Vie médicale n° Spécial mai 1967

22 PLICHET

Le suicide de la loi en Grande Bratagne

... Presse Médicale 6 Février 1960

23 QUARTI C. ... RENAUD J.

Conduite à tenir dans un hôpital général en face d'une
tentative de suicide

... Vie médicale n° Spécial mai 1967

24 QUIDU M.

Séméliologie de la conduite suicidaire

E M C Tome II

25 - SAULNIER J.

La tentative de suicide sa prévention et sa post cure

Revue du praticien 21 Nov. 1965

26 SCRIBE P.

Etude analytique des tentatives de suicide admises
dans un service de médecine générale.

... Thèse Amien 1968

27 VALTON R

Médecine Légale

... Cours d'ANGERS 1969

28 VEDRINNE J.

L'intoxication aiguë volontaire

... annales de Médecine légale - janv. Fév. 1965

